

5. Предприниматели. Перечислите всех членов вашей семьи, занимающихся предпринимательством, и присоедините к заявлению копию последней налоговой декларации (если таковая заполнялась) или документы, свидетельствующие о доходах и расходах за последние три месяца.

ФАМИЛИЯ	НАЗВАНИЕ ПРЕДПРИЯТИЯ И ТИП БИЗНЕСА	КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	СУММАРНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ДО ВЫЧЕТА РАСХОДОВ	СУММА МЕСЯЧНЫХ РАСХОДОВ

6. Неоплаченные медицинские счета. Мы можем оказать помощь в оплате медицинских счетов за последние три месяца. Если кто-либо из указанных в заявлении лиц имеет неоплаченные счета за медицинские услуги, оказанные ему в последние три месяца, и вы хотите, чтобы мы проверили, не подходят ли вы под условия данной программы оказания помощи, обведите кружком один из двух вариантов ответа *Да* или *Нет*. При этом вы должны представить документы о ваших доходах за последние три месяца.

7. Кредиты. Получил ли кто-либо из перечисленных в заявлении лиц кредит? Обведите кружком один из вариантов ответа: *Да* или *Нет*. Если это так, мы свяжемся с вами для получения более подробной информации.

8. Медицинская страховка. Укажите тех из перечисленных в списке на странице 1 лиц, у которых имелась или имеется медицинская страховка любого типа, действовавшая в последние шесть месяцев.

ПЕРЕЧИСЛІТЕ ЛІЦЬ, У КОТОРЫХ ІМЕЛАСЬ МЕДІЦИНСКАЯ СТРАХОВКА	1	3	5
	2	4	6

Страховая компания: _____ Тип страховки: _____
представьте, пожалуйста, копию обеих сторон страховой карты

Дата начала действия страховки: _____ Дата окончания действия страховки: _____ Если за последние шесть месяцев у одного из членов вашей семьи закончилась медицинская страховка, укажите причины этого: _____

9. На каком языке вы предпочитаете разговаривать дома? (необязательно для заполнения) Английский ____ Испанский ____ Немецкий ____ Лаосский ____ Вьетнамский ____ Французский ____ Итальянский ____
Другой ____

10. Важные условия и предоставление права на передачу информации

Я понимаю, что я имею равные права на получение медицинской помощи независимо от расовой принадлежности, цвета кожи, пола, возраста, ограниченной по трудоспособности, религиозных и политических взглядов или национального происхождения.

Я понимаю, что я имею право на то, чтобы предоставленная мной информация оставалась конфиденциальной за исключением тех случаев, когда она предназначается непосредственно для администрации программы HealthWave, программы HealthConnect или другой программы предоставления пособий.

Я понимаю, что я должен предоставить сведения о номере социального страхования или подать заявку на его предоставление для каждого лица, указанного в заявлении на предоставление пособий по программе медицинской помощи, и я предоставляю администрации этой программы право использовать эти номера. Эти номера будут также использоваться в целях компьютерной идентификации при обращении в другие организации: банки, администрации службы социального страхования, налоговую службу и др.

Я подтверждаю, что все перечисленные в заявлении лица, которые получат право на льготную медицинскую страховку, являются либо гражданами США, либо лицами, имеющими официальный статус иммигранта.

При составлении заявления прошу проверить, не нуждается ли кто-либо из перечисленных в нем лиц в предоставлении официального статуса иммигранта.

Я понимаю важность предоставления сведений о текущих доходах, составе семьи и домашнего адреса.

Я осознаю свою ответственность за использование и предоставление сведений о других ресурсах (например, о медицинской страховке, постановлениях суда о передаче

11. Подпись. Данное заявление считается действительным только при наличии подписи заявителя и даты заполнения.

ПОДПИСЬ ЗАВИТЕЛЯ _____ ДАТА _____

ПОДПИСЬ СУПРУГА(И) ИЛИ ДРУГОГО СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЧЛЕНА СЕМЬИ (ЕСЛИ УКАЗАН В ЗАЯВЛЕНИИ) _____ ДАТА _____

Я подтверждаю своей подписью под данным заявлением, что я прочитал и согласен с перечисленными выше условиями. Настоящая подпись дает право работникам, поставщикам медицинских услуг, финансовым институтам, страховым агентствам, организациям, предоставляющим пособия и другим лицам и организациям, осведомленным о моих обстоятельствах, передавать администрации программ HealthWave, HealthConnect или других программ оказания материальной помощи любую информацию, включая конфиденциальную, которая необходима для утверждения меня в качестве лица, которому эта помощь предоставляется. Любая информация, представленная в данном заявлении, защищена законами США и отдельных штатов о соблюдении конфиденциальности информации. Данный документ действителен, начиная с указанной даты. Копия данного документа имеет ту же юридическую силу, что и оригинал.

БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ



ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Что необходимо помнить

Внимательно прочтайте и ответьте на все вопросы прилагаемого заявления (при отсутствии достаточного места на бланке заявления используйте дополнительные листы бумаги).

Приложите к заявлению копии всех необходимых документов (не прсылайте оригиналы документов).

Если вам исполнилось 18 лет, заполните отдельную анкету.

Не забудьте подписать заявление и поставить на нем дату заполнения; ответ будет прислан через 6-8 недель.

Воспользуйтесь для отправки заявления и документов прилагаемым конвертом с оплаченными почтовыми услугами.

Чтобы получить бланк заявления на другом языке, воспользоваться бесплатными услугами переводчиков или получить бесплатную помощь в заполнении бланка заявления, позвоните по телефону: 1-800-792-4884 или 1-800-792-4292 (ТТУ).

Все заявления будут сначала рассмотрены с точки зрения возможности предоставления помощи в рамках программы Medicaid.

Если вам уже исполнилось 18 лет и вы выбрали программу HealthConnect, то для того, чтобы воспользоваться некоторыми из предоставляемых в рамках этой программы медицинских услуг, может потребоваться дополнительная оплата в размере от 1,00 до 3,00 долл. США.